

乳幼児の健康調査

連絡先：住 所

TEL ()

面接日：平成 年 月 日

氏名			平成 年 月 日 (歳 ヲ月)	第 子	
出	妊娠中異常がありましたか。(有 ・ 無)		重いつわり・貧血・切迫流産 (週)・切迫早産 (週)		
	・妊娠中毒症(蛋白尿・高血圧・浮腫)・その他 ()				
	妊娠期間 妊娠 (週) ・ 分娩時間 (時間)				
	分娩中異常がありましたか。(有 ・ 無)				
産	早産 (週) ・ 予定日超過 (週) ・ 陣痛微弱・前期破水・前置胎盤・異常出血 ()		吸引分娩・骨盤位・帝王切開・誘発分娩・臍帯巻絡・その他 ()		
	出産時の 児の 状況	正 常 ・ 異 常			
		身長 cm 体重 g	頭血腫 ・ 哺乳力が弱い ・ フルゼ ・ けいれん ・ 高熱 股関節開排制限 ・ 泣き方が弱い ・ 吐乳 ・ 出血		
		頭 囲 cm 胸 囲 cm	仮死 ・ 酸素使用 (日間) ・ 保育器使用		
		先天性代謝異常 正常 ・ 異常	黄疸	無・普通・強	光線治療
出産した病院名 ()		その他			
栄	お乳をよく飲みますか。(よく飲む ・ 普通 ・ あまり飲まない)				
養	母乳 ・ 混合 ・ ミルク		授乳回数・量	時間毎 回 (1回量 cc)	
	吐 乳	吐きやすい ・ ゲップがでにくい			
	離 乳	開始 ヲ月頃 ・ 終了 ヲ月頃			
発	食 事		よく食べる ・ 普通 ・ 少量 ・ 好き嫌いが多い ()		
	睡 眠	よく寝る・あまり寝ない・夜泣き	寝る姿勢	睡眠時間	時間
	便の状態	硬い・普通・柔らかい・下痢・便秘・薬等の使用	回数	回/1日	
	育	目で物を追う (ヲ月頃)	寝返り (ヲ月頃)	人見知りをする (ヲ月頃)	
あやすと笑う (ヲ月頃)		お座り (ヲ月頃)	つかまり立ち (ヲ月頃)		
首のすわり (ヲ月頃)		はいはい (ヲ月頃)	話し始め(ブーブー等) (ヲ月頃)		
呼ぶ方に顔を向ける (ヲ月頃)		物をつかむ (ヲ月頃)	歩 行 (ヲ月頃)		
達		・歩行が遅れぎみである(1歳6ヶ月以上) (ある ・ ない)			
歴	・言葉の遅れが少しある (ある ・ ない)				
	・多動ぎみである(視線が合わない) (ある ・ ない)				
	・簡単な指示に従うことができる (はい ・ いいえ)				
	況	上記の発達状況で「ある」または「いいえ」と答えた場合			
	・いつ頃から気がつきましたか (歳 ヲ月頃)				
	・どなたに言われましたか ()				
	・定期的に指導を受けましたか (機関名)				
	・その他				

起こしやすい病気	<ul style="list-style-type: none"> ・熱を出しやすい ・風邪をひくとゼーゼーする ・皮膚が弱い ・吐きやすい ・鼻炎 ・下痢をしやすい ・便秘しやすい ・肘関節がはずれやすい ・じん麻疹がでやすい ・鼻血がでやすい ・アレルギーがありますか (はい いいえ) <li style="padding-left: 20px;">ある場合は何アレルギーですか 		
今までにかかった病気	<ul style="list-style-type: none"> ・心臓病 ・川崎病 ・腎臓疾患 ・肝臓病 ・肺炎 ・喘息 ・ひきつけ、けいれん (ある なし) <u>いつ頃</u> <li style="padding-left: 100px;">_____ ・病気や事故による入院 (ある なし) <li style="padding-left: 20px;"><u>病名</u> <li style="padding-left: 20px;"><u>いつ頃</u> ・現在、治療中の病気はありますか (はい いいえ) ・ご家族で病気の方はいますか (はい いいえ) 		
現在の体重・身長	体重 k g 身長 c m	平熱	度
保育園入園にあたり気になることがありましたら、記入してください。			
備 考			

予防接種歴・罹患歴調査票

調査票記入日: 裏面にご記入
母子手帳による確認: ください

この調査票は、園内の感染症対策のうえで役立つ情報になりますので、可能な限り母子手帳を確認のうえ、記入してください。
この調査票は、入園から卒園までの期間使います。この調査票は園内で厳重に保管し外部へは一切持ち出しません。園内で統計情報として用いることはありますが、その場合には個人が特定されるようなことはありません。

ふりがな 氏名			男・女	生年月日	平成 年 月 日	平熱	℃
保険証番号	番号		かかりつけの 病院 (電話番号)				
	記号						
喘息	無・有 (最終発作日 /)	食物アレルギーの有無	無・有 ()	けいれんの 既往の有無	無・有 (回数: 回) (最終年月日:) (原因:)		
アトピー性 皮膚炎	無・有	薬物アレルギーの有無	無・有 ()				
出生時の状況	身長()cm 体重()g	在胎週()週	第()子	出生時の異常: 無・有 ()			

予防接種 (いままでに受けたワクチンの種類・回数など) ※受けた場合は、その回数の欄に接種した年月日を記入してください		1回目	2回目	3回目	4回目	
BCG	受けていない		/	/	/	わからない
ポリオ(生・不活化) (小児まひ)	受けていない					わからない
三種混合・四種混合 (ジフテリア、破傷風、百日咳、 不活化ポリオ)	受けていない					わからない
MR (麻しん・風しん混合)	受けていない					わからない
麻しん(単独接種)	/					わからない
風しん(単独接種)	/					わからない
日本脳炎1期	受けていない					わからない
みずぼうそう	受けていない					わからない
おたふくかぜ	受けていない					わからない
Hib (インフルエンザ菌B型)	受けていない					わからない
小児用肺炎球菌	受けていない					わからない
ロタウイルス (1価は2回、5価は3回)	受けていない					わからない
イン フル エン ザ	年度 受けていない					わからない
	年度 受けていない					わからない
	年度 受けていない					わからない
	年度 受けていない					わからない
	年度 受けていない					わからない
	年度 受けていない					わからない
【その他の予防接種】ジフテリア、破傷風単独接種、B型肝炎など						

既往歴 (いままでにかかった病気の種類など) ※かかった場合は、年月日を記載してください		罹患した年月日		
結核		年	月	日
ポリオ		年	月	日
ジフテリア		年	月	日
破傷風				
百日咳				
麻しん		年	月	日
風しん		年	月	日
日本脳炎		年	月	日
みずぼうそう		年	月	日
おたふくかぜ		年	月	日
Hib感染症(髄膜炎、敗血症、 咽頭蓋炎など)		年	月	日
肺炎球菌感染症 (髄膜炎、敗血症、中耳炎など)		年	月	日
ロタウイルス		年	月	日
イン フル エン ザ	年度	年	月	日
	年度	年	月	日
	年度	年	月	日
	年度	年	月	日
	年度	年	月	日
	年度	年	月	日
【その他の既往歴】 ※今までにかかった病気、入院歴など				

